

19) 偽陰性率からみた肺癌検診の精度に関する検討

小田 純一・秋田 眞一
 塚田 博・古泉 直也
 酒井 邦夫
 佐藤 敏輝

(新潟大学放射線科)
 (厚生連中央総合
 病院放射線科)

新潟市の住民検診において、我々は昭和57年から少しずつシステムを変更してきたが、この変更が検診精度に与えた影響について偽陰性率を用いて検討した。検討対象は新潟市東保健所管内での昭和55年から平成元年までの検診発見肺癌症例84例と、過去5年以内の検診受診歴を有する肺癌死亡者77例の計161例で、これらを retrospective に検討し偽陰性率を算定した。その結果、システム変更前の(昭和55年～57年)の偽陰性率は73% (61/83)で、そのうちの26例は精検での偽陰性例だった。システム変更当初の2年間(昭和58年～59年)の偽陰性率は51% (25/49)と低下し特に精検での偽陰性例が2例と大きく減少したが、比較読影での偽陰性例が7例みられた。比較読影の方法を変更した後(昭和60年～62年)には、比較読影での偽陰性例はなくなり、全体の偽陰性率は29% (12/42)とさらに低下した。この結果からこれらのシステム変更は精度の向上をもたらしてきたと考えられた。

第11回新潟高血圧談話会

日時 平成3年6月28日(金)
 午後6時30分
 会場 有壬記念館

シンポジウム

脳血管障害と血圧との関係 —収縮期血圧の治療—

1) 司会のことば

荒井 奥弘(長岡赤十字病院内科)

高血圧の薬物療法が行われるようになってから約40年になり、脳出血に対する効果は明らかであるが、脳梗塞、虚血性心疾患の発症及び死亡率の減少には、役立っていないといわれている。一方最近では血圧の日内変動を観察することにより、外来時血圧との相違、夜間睡眠時の過剰降圧による障害の有無、或は早期の血圧上昇による発症などが問題になっている。3番目に高血圧治療の目

安が、拡張期血圧の数値によってなされているが、90未満の正常な場合には収縮期血圧が如何に高くても無視してよいのか、もし問題にするなら年令と収縮期血圧との関係で治療対象をどの辺にするのか、治療する値と下降限度を加えて検討してほしいと考えてテーマを選んだ次第で、更に欲を言えば薬物の種類により夜間降圧に差異があるか否かについても討論してもらった。

2) 降圧剤の功罪

一夜間の過剰降圧によって脳梗塞は起こるか—

政二 文明・畠野 達郎(桑名病院循環器科)
 小泉 孝幸・佐々木 修(同 脳外科)
 相沢 義房(新潟大学第一内科)

【目的】降圧剤が夜間の過剰降圧を通じて脳梗塞の発症の誘因となるものかを、脳梗塞患者の降圧剤の服用歴をもとに検討した。

【対象】脳梗塞、TIA、RIND のいずれかであることが確認された236名、のべ発症件数251件。平均年齢62才。

【結果】発症時間別では、25%、63件が夜間睡眠中ないし、覚醒時に症状にきずかれた症例であった。降圧剤の投与率は夜間発症群では男性38%、女性20%であるのに対し、覚醒中の発症群では男性52%、女性59%と、夜間睡眠中の発症群のほうがはるかに低かった。降圧剤開始ないし増量後3ヶ月以内に脳梗塞を発症した症例で夜間発症2症例、覚醒中発症4症例であった。

【総括】1. 降圧剤投与との関連が疑われる夜間睡眠中の脳梗塞の発症は、多いとは言えない。2. 降圧剤投与との関連が疑われる脳梗塞は、発症時間に関係なく、降圧剤の初回投与例、脳梗塞発症後間もない例が多かった。

3) 脳血管障害と血圧

—とりわけ血圧日内変動について—

川上 明男(下越病院神経内科)
 宮下光太郎・湯浅 龍彦(新潟大学脳神経内科)

慢性期脳血管障害145名の血圧日内変動について以下の検討を行った。①各病型の特徴 ②血圧日内変動と発症時間帯の関連。結論：①収縮期血圧は24時間平均で脳血管障害群が対照群より大きかった。②血圧日内変動は穿通枝梗塞の全時間帯、ビンスワナー病の覚醒時で大きかった。③血圧日内変動の内、睡眠時降圧を主体とした長期変動は脳出血や対照群で覚醒時のみの中

短期変動はビンスワンガー病で大きい傾向であった。④ 血圧日内変動と血圧値は相関を認め、血圧値が大きいことが日内変動大の一因と思われた。⑤ 発症時間帯と血圧日内変動の関連について、脳梗塞群の内、深夜や午前発症群の血圧値が高く、また穿通枝群では午前発症群が午後発症群に較べ睡眠時降圧が大きかった。

4) 脳血管障害と血圧日内変動

浜 齊 (木戸病院内科)

以下の点について、症例を中心に解説を行った。

1. 脳血管障害急性期には、血圧日内変動が消失すること。2. 脳血管障害発症の時間帯は、血圧日内変動とはほぼ一致し、午前中にピークに達し夜間著減するとして Tsementzis の報告を紹介した。3. 血圧日内変動のチェックは降圧薬の効果判定上重要であることを示した。4. 心筋梗塞では、過剰降圧(拡張期血圧)が発症に関係するが、脳梗塞では直接関係することの報告がないことを紹介した。5. 脳梗塞の発症に早朝の急峻な血圧上昇が関与するのではないかとされているが、この血圧上昇の抑制と夜間降圧について、各種降圧薬の報告文献を整理して紹介した。また、収縮期血圧が 200 mmHg に達する早朝の血圧上昇を β_1 -ブロッカーでは抑制しえず、 α_1 - β -ブロッカーで抑制しえた症例を提示した。Nicardipine-Retard で夜間降圧の著明な症例を提示し、Ca 拮抗薬徐放錠使用中は血圧日内変動のチェックの必要性を強調した。

5) 収縮期血圧その他のリスクファクター

高橋壮一郎・荒井 奥弘 (長岡赤十字病院
内科)

脳血管障害 (CVD) の最大の危険因子は高血圧であり、その他の危険因子の関与は小さい。CVD の血管病変には、血管壊死、細小動脈硬化、粥状硬化があり、それぞれ脳出血、穿通枝脳梗塞、皮質枝脳梗塞の基礎病変である。高血圧は、特に脳血管壊死、細小動脈硬化の危険因子であるが、高血圧に低アルブミン血症、低アポ A-I 血症が加わると脳出血になりやすい。皮質枝脳梗塞は高血圧のほか、高 LDL 血症、低 HDL 血症、アポ B/A-I 比の上昇を伴なう。収縮期高血圧は Framingham 研究、久山町研究で CVD の危険因子とされているが、阿部 (東北大) は、拡張期高血圧よりも心血管病死に寄与するところ大であると報告している。24時間の血圧値は再現性に乏しく、血圧の変動パターンをみるに留めているが、夜間臥床状態では、収縮期 90 mmHg 以上あれば脳循環は保たれると考える。血圧値は、動脈硬化、血液粘度、血小板・凝固・線溶系等との関連で、個々に設定すべきである。

特別講演

「脳卒中と血圧について」

高知愛和病院院長

村井 淳 志 先生